



**DA UN SISTEMA OSPEDALO-CENTRICO
AD UN SISTEMA DI RETI DI OSPEDALI SICURI**
FOCUS SULL'ORGANIZZAZIONE DELLE SALE OPERATORIE
TRA MISURE DI ESITO, OBIETTIVI ECONOMICI
ED EFFICIENZA ORGANIZZATIVA

20 NOVEMBRE 2015, ORE 9:30-18:30
HOTEL HILTON, VIA GALVANI 12, MILANO

DOCUMENTO DI SINTESI

“Da un sistema ospedale-centrico ad un sistema di reti di ospedali sicuri”

con *focus* sull'organizzazione delle **sale operatorie** tra misure di esito, obiettivi economici ed efficienza organizzativa

La dimensione organizzativa delle aziende sanitarie è forse la più rilevante e al tempo stesso la meno definita del processo di cambiamento attualmente in corso. Se alcuni concetti come la pianificazione strategica, il ciclo di programmazione delle attività e gestione delle risorse, l'orientamento all'utente, appaiono abbastanza chiari o quanto meno evocano qualcosa di preciso e ineludibile nel percorso di rinnovamento del SSN, quando si parla di organizzazione si ha l'impressione di toccare una serie di problemi strutturali e culturali di fondo della sanità, di difficile soluzione.

In apertura **Angelo Cappelli**, Consigliere Regionale, Vicepresidente III Commissione permanente Sanità e Politiche Sociali, Regione Lombardia – che ha posto subito un quesito - “Perché fare una riforma? Prima di tutto perché vi era un gran bisogno, si è consapevoli che la rete ospedaliera sia già straordinariamente efficiente ed efficace e capace di esprimere profili altissimi dal punto di vista professionale e organizzativo: un tema che non è mai stato oggetto di discussione”. Dal punto di vista prestazionale della domanda Cappelli ha dichiarato che per ottenere efficienza organizzativa e copertura territoriale ci si deve trovare in un contesto istituzionale che eroghi prestazioni di servizio economicamente misurabili con una forte attività di controllo. Dall'altra parte si ha bisogno di una competizione tra i vari soggetti del mercato che, insieme, possano efficientare il sistema con una logica di auto-virtuosismo tra le Regioni. Lo scontro avvenuto nel 1997 tra il Ministro Bindi e il Presidente di Regione Lombardia, introduceva una novità che non era coerente con l'attuale sistema nazionale

perché introduceva per la prima volta il concetto di separazione delle funzioni specie quelle di programmazione e controllo e di erogazione. In realtà se si focalizza bene l'impianto erogativo nazionale attualmente in vigore, queste 3 funzioni devono essere distinte dalla fase di erogazione cioè da quella parte di sistema che organizza l'attività prestazionale. La scommessa fatta da Regione Lombardia è l'evoluzione dei concetti dei principi della visione e la rivoluzione dal punto di vista organizzativo. Le ATS oggi sono diventate 8 per ragioni tecniche, è noto che per fare programmazione bisogna avere un bacino di riferimento che non sia distante dal milione di abitanti sulla quale si misurano gli esiti e l'analisi epidemiologica. Quindi 8, tolte 2 eccezioni di quelle localizzate in montagna e città metropolitane che sono eccezioni per ragioni geografiche diametralmente e quindi con esigenze molto diverse. In tutti questi anni si era già stati abituati ad avere una grande azione da parte del Governo, dal punto di vista centrale e di esecuzione materiale e che potrà evolvere in queste ATS, considerate collaboratori stretti delle attività di Governo, con la funzione direzionale di trasmettere le regole e i provvedimenti amministrativi che attua la politica sanitaria del sistema regionale e al tempo stesso raccoglie gli effetti come una sorta di *feedback* dell'azione di Governo per misurare l'esito delle scelte organizzative. Questa Riforma afferma anche un'altra cosa: l'ente pubblico deve organizzare le SSP e la parte gestionale e che venga riconosciuto anche l'ente privato.

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità - ha spiegato che secondo la legge 12 febbraio 1968, n. 132 (cosiddetta "legge Mariotti) fu riformato il sistema degli ospedali, fino ad allora per lo più gestiti da enti di assistenza e beneficenza, trasformandoli in enti pubblici ("enti ospedalieri") e disciplinandone l'organizzazione, la classificazione in categorie, le funzioni nell'ambito della programmazione nazionale e regionale ed il finanziamento. Gli ospedali vengono classificati così in tre livelli: il livello di base il cui bacino di utenza comprende tra gli 80.000 e 150.000 abitanti, il I livello (150.000-300.000) e il II livello (600.000-1.200.000), che devono disporre, in base al livello di appartenenza, di unità operative, di complessità e di specialità il monitorando le "soglie minime" di volumi ed esiti per l'accreditamento e il mantenimento dello stesso da parte delle strutture. Il rapporto dei posti letto per abitante è stato fissato a 3/1000 e 0,7/1000 per la lungodegenza e la riabilitazione. Non potranno inoltre essere accreditate strutture private con meno di 60 posti letto per malati acuti, ad eccezione di quelle mono specialistiche che saranno oggetto di valutazione da parte delle singole regioni.

Luigi Pinnarelli, Programma Nazionale Esiti AGENAS - ha riportato alcuni dati del 2014 del PNE AGENAS - L'edizione 2015 di PNE, sui dati aggiornati al 2014, analizza 63 indicatori di esito/processo, 57 volumi di attività e 26 indicatori di ospedalizzazione. Alcuni degli esempi studiati sono stati l'intervento al femore dove si stima che negli ultimi 4 anni sono stati circa 52.000 i pazienti che hanno beneficiato dell'intervento tempestivo, di cui 21.700 nell'ultimo anno. L'altro caso riportato è la proporzione di interventi di ricostruzione per carcinoma della mammella che è passata dal 35% del 2010 al 45% del 2014. Si osserva una estrema variabilità sia all'interno delle Regioni che tra Regioni, con valori mediamente più bassi nel Sud. Tuttavia, questo indicatore è stato inserito per la prima volta in PNE e le strutture con valori molto bassi o molto alti sono state segnalate per audit sulla qualità dei dati. La mortalità a 30 giorni dopo by-pass aortocoronarico è rimasta sostanzialmente invariata nel corso del tempo: a fronte di un valore nazionale medio del 2.5%, si osserva comunque una variabilità per struttura ospedaliera con valori che variano da un minimo di 0 a un massimo del 7.6%. Nel 2014 sono state 17 le strutture che superano questo valore e altrettante che hanno valori di mortalità inferiori all'1%. Tra le varie realtà virtuose si può annoverare, secondo la rilevazione del PNE, l'IEO di Milano e l'Ospedale Careggi di Firenze.

Franco Marinangeli, Direttore Istituto di Anestesia e Rianimazione Università di L'Aquila – ha definito la figura dell'anestesista rianimatore in una sala operatoria molto importante e un punto di riferimento per la sicurezza. Fino agli anni '60 il decesso provocato da anestesia era di circa un caso ogni 2.500 procedure. Nel ventennio successivo c'è stata una riduzione importante della mortalità con un caso su 10.000 con un conseguente miglioramento della disciplina dell'anestesista causato anche dall'integrazione di tecnologie di registrazione dei parametri vitali. Fino agli anni 2000, i decessi legati all'insufficienza respiratoria, che sono quelle più comuni nell'anestesia, andavano dai 13 su 100.000 casi ai 3 su 100.000. Anche l'incremento demografico è un fattore importante da considerare perché nonostante l'aumento dei pazienti geriatrici, degli anziani e dei super anziani con uno stato fisico ancora accettabile, vi è stato un miglioramento dell'aspetto anestesilogico nonostante questi cambiamenti demografici. Negli ultimi 10 anni il tasso di mortalità viene rilevato a 0,4 su 100.000 procedure. Il buon esito del processo complessivo di cura dipende quindi dalla sicurezza in anestesia, oggi sempre più alta anche grazie ai progressi della farmaceutica e della tecnologia, oltre che dell'interazione di tutti i professionisti coinvolti, in primis i chirurghi e gli infermieri.

TAVOLA ROTONDA

L'organizzazione delle sale operatorie tra valorizzazione economica ed innovazione

Enrico Polati, Direttore UO di Anestesia e Rianimazione Università di Verona – ha sottolineato che la fallibilità è una caratteristica insita dell'uomo, ma si possono modificare le condizioni di lavoro per limitare questo aspetto come nella fattispecie delle sale operatorie per esempio il lavoro di team che prevede la standardizzazione valutando in modo attento e preciso il percorso diagnostico nel paziente chirurgico. Formazione, training, prevenzione, verifica e monitoraggio degli errori sono variabili importanti per buona la riuscita del lavoro anestesilogico. Tutti gli indicatori di esito vanno misurati sul singolo operatore.

Angelo Gratarola, Direttore UO Anestesia e Rianimazione e Direttore DEA-AOU San Martino di Genova – ha spiegato che per poter effettuare delle procedure chirurgiche ed anestesilogiche complesse occorrono delle tecnologie sempre più sofisticate e di uomini che le utilizzano al meglio e purtroppo negli ospedali piccoli non esistono ne uno ne l'altro. Il ruolo della centralizzazione, che risulta essere anche un elemento di sostenibilità del sistema, è la strategia politica più efficiente.

Luca Brazzi, Direttore Dipartimento di Anestesia e Rianimazione di Città della Salute di Torino – ha spiegato che vi è la necessità di mettere a punto ed adottare con sempre maggiore determinazione tutti gli strumenti che sono stati creati e implementati per ridurre gli errori. Le check-list, le procedure, e i protocolli dovrebbero garantire un livello assistenziale di qualità, ma sono spesso disattesi per fretta e disattenzione. Inoltre occorre garantire che le molte innovazioni tecnologiche messe a punto in questi ultimi anni, siano rese disponibili per l'applicazione routinaria.

Angelo Raffaele De Gaudio – Dipartimento di Anestesia e Rianimazione AOU Careggi di Firenze – per quanto riguarda l'impatto della tecnologia per la prevenzione e il rischio, De Gaudio ha analizzato quelli che secondo lui sono i due aspetti fondamentali per garantire in maniera adeguata la sicurezza. Il primo è l'utilizzo della tecnologia in maniera più approfondita per ciò che concerne la formazione, la simulazione, e l'analisi degli errori che può essere una garanzia di valutazione dei rischi. Il secondo aspetto riguarda la tecnologia

applicata all'attività clinica nell'ambito dell'anestesiologia: dotarsi di tutti quelli strumenti utili per un monitoraggio attento del paziente e quindi un rispetto delle norme di sicurezza. La *check list* che è preparata dall'infermiere e sottoscritta dall'anestesista e dal chirurgo, dovrebbe essere uno strumento che andrebbe applicato quotidianamente, ma in realtà non avviene. La tecnologia in questo senso potrebbe intervenire, cioè potrebbe assumere un ruolo di controllo perché la *check list* venga applicata in maniera corretta.

Michele Carron, Istituto Anestesia e Rianimazione AO di Padova - ha dibattuto sulla sostenibilità ed organizzazione tecnologica ospedaliera spiegando che l'appropriatezza terapeutica richiede un'analisi della sostenibilità economica di un trattamento medico. L'introduzione del *Sugammadex* per l'antagonismo del blocco neuromuscolare indotto da rocuronio, rappresenta un'importante innovazione in ambito anestesiológico in grado di migliorare l'*outcome* dei pazienti sottoposti ad anestesia generale. L'impatto economico di *Sugammadex*, per il recupero neuromuscolare del paziente anestetizzato con rocuronio in un intervento chirurgico, non è ancora stato stimato in maniera analitica e dettagliata nel contesto italiano e costituisce l'obiettivo del suddetto studio. Nella valutazione sono stati considerati 2 scenari: nel primo è stato assunto tutto lo staff presente in sala operatoria, mentre nel secondo, più conservativo, si è ipotizzato che il chirurgo non resti in sala operatoria in attesa del risveglio del paziente. I dati sono stati valutati anche in funzione del tipo di blocco neuromuscolare effettuato (moderato o profondo). I risultati sono stati sottoposti ad analisi di sensibilità, che ha permesso di identificare un *range* di valori efficaci nelle variabili di riferimento.

Luca Carpinelli, Direttore Sanitario Aziendale Istituti Clinici Zucchi di Monza - con l'ultimo decreto ministeriale, gli ospedali in rete sono strutturati su 3 livelli diversi: due per la gestione di pazienti con ictus e infarto, l'altro per la gestione del trauma. L'organizzazione delle sale operatorie risentono di questa struttura e la nuova tipologia si definisce "ibrida" dove non ci sono più gli aspetti di una sala operatoria classica, ma in qualche maniera vengono portate anche certi tipi di tecnologie diagnostiche con la ricostruzione d'immagini che permettono una maggior precisione del lato chirurgico o interventistico in tempo reale. I costi sono legati ad aspetti locali, alla tipologia degli impianti e degli edifici, e alle risorse umane ma sono anche costi di rete. La collaborazione tra ospedali di rete *Hub* e *Spoke* richiede la definizione di convenzioni all'interno della rete, ma i loro contenuti non sono ancora del tutto chiari. La dimensione di una sala ibrida è decisamente maggiore rispetto a quella classica che varia più o meno sui 70 mq, questo vuol dire che una sala operatoria classica, a livello convenzionale non può essere convertita in una ibrida, e quindi se l'*Hub* deve dotarsi di una di queste, il costo diventa insostenibile per la ricostruzione ex novo della sala.

SESSIONE DEL POMERIGGIO

Monica Calamai, Direttore Generale AOU Careggi di Firenze - ha portato l'esperienza del proprio ospedale: Careggi è una delle aziende ospedaliere più grandi d'Italia con 8 Dipartimenti e con 22.000 accessi al giorno. Si è passati da 1.660 a 1.287 posti letto grazie all'appropriatezza delle cure. L'attività chirurgica deve avere la massima resa, sono attive 43 sale operatorie suddivise in 6 comparti, 26 per la chirurgia ambulatoriale e mini-invasiva e 12 sale per l'emergenza. Al Careggi si è riusciti a suddividere in maniera netta il percorso dell'emergenza da quello dell'elezione. Insieme ad una azione di re-call e di ottimizzazione dell'uso dei blocchi operatori è stato possibile abbattere in maniera significativa le liste d'attesa ad esempio in cardiocirurgia. Al Careggi vi sono alcune eccellenze nazionali ad

esempio siamo l'unico centro in Italia per la retina artificiale e abbiamo la sala *twin* per i trapianti di organo da vivente.

Massimo Castoldi, Sovrintendente Sanitario IEO - l'innovativo sistema di Telemedicina dell'Ospedale Cardiologico Monzino, di cui I-Tel è partner tecnologico, è stato presentato come caso di successo e realtà d'eccellenza nel panorama italiano. Il progetto qualificato come sistema innovativo, valorizza l'interazione tra struttura sanitaria e malato cronico ed è assolutamente in linea in materia di modelli organizzativi alternativi per la gestione dei soggetti cronici. Attraverso un sistema di monitoraggio attivo 24 ore su 24, rappresenta un vero e proprio reparto dell'ospedale posto a casa del paziente. Non si tratta quindi di una deospedalizzazione precoce ma di un sistema in cui il paziente è primo attore, insieme ai propri familiari e al personale sanitario, nella gestione ottimale della malattia anche nel caso di complicanze. Attivo dal 2000, il progetto è cresciuto sempre di più e ha gestito oltre 1.500 pazienti in 15 anni. Il sistema, basato sull'utilizzo e il monitoraggio di vari *device*, è assolutamente proattivo per esempio come promemoria per l'assunzione dei farmaci, per la segnalazione di anomalie nei tracciati, ecc. L'impatto economico del Servizio Centrale di Telemedicina ha portato una riduzione del 45% della spesa giornaliera, e del 30% dei casi di re-ospedalizzazione. Regione Lombardia, non a caso, ha osservato e studiato il progetto come modello di Sanità 2.0 per ben quattro anni. Tra gli sviluppi futuri, l'idea è di introdurre un sistema di "uno a molti" in cui, attraverso le nuove tecnologie di comunicazione multicanale, l'operatore sanitario possa interagire contemporaneamente, anche in video presenza, con una molteplicità di pazienti remotizzati ad esempio per effettuare terapie di riabilitazione. Grazie all'App messa a punto con I-Tel, il personale sanitario potrà in qualsiasi luogo e in qualsiasi momento consultare lo storico dei parametri di ciascun paziente, rilevare eventuali anomalie, verificare la corretta assunzione di farmaci, comunicare con il paziente, i suoi familiari e tutto il team di cura.

Marco Trivelli, Direttore Generale Niguarda Cà Granda - ha definito l'impatto dell'innovazione tecnologica sulla gestione delle sale operatorie e sull'attività chirurgica in un ospedale come il Niguarda, assolutamente rilevante. Il fatto di poter concepire lo sviluppo di un'attività interventistica in ambito cardiologico e neurologico è un esempio di cambiamento di procedura clinica e tecnologica che impatta sulle sale operatorie ed implica la costruzione di moduli nuovi anche dal punto di vista architettonico. Questi tipi di cambiamenti si definiscono endogeni, altri invece si definiscono esogeni: ci sono cioè degli sviluppi, per esempio nella radio terapia, che vanno a modificare il funzionamento di un percorso clinico di un paziente e l'organizzazione di un ospedale. Oggi, quindi, la chirurgia dev'essere guardata sotto la lente di ingrandimento perché bisogna puntare a una gestione delle risorse più attenta capendo come utilizziamo il tempo e la flessibilità delle strutture e nello stesso tempo cercare di capire di posizionare in modo critico e alternativo la chirurgia all'interno di un percorso di cura sempre più ampio in cui l'indicazione chirurgica è una, tra quelle possibili, linea terapeutica che un centro importante può proporre ai propri pazienti.

Antonio Balestrino, Direttore Sanitario Azienda Ospedaliero Universitaria Parma - ha riportato il caso dell'Emilia Romagna che sta lavorando sul sistema di organizzazione di sanitarie volte alla sicurezza per quanto riguarda l'attività chirurgica, che dev'essere posta all'interno del percorso del paziente. Il vero *goal*, come Regione, è quello di costruire l'unitarietà dei sistemi organizzativi intorno al paziente. Si è partiti dagli anni 2000 per cercare di creare una rete di cliniche integrate e aree di attività a livello regionale. Dal 2010 c'è stato un ulteriore salto di qualità, in quanto non esisteva solamente l'ospedale come riferimento di una regione, bensì un ospedale all'interno di una rete complessa in cui

collaborano altri presidi sanitari che hanno una loro immagine, una loro identità e una loro struttura. La Regione Emilia Romagna si basa su un modello di relazione tra azienda territoriale e azienda ospedaliera in cui la committenza si sta fortemente diluendo perché le nuove Direzioni aziendali hanno avuto un mandato ben specifico. La definizione di *Hub* è stato sviluppato a livello regionale secondo il concetto che vedeva gli *Hub*, in relazione alle singole reti, posizionati all'interno della Regione, mentre il resto era *Spoke*. Nel caso dei grandi traumi, il centro è *Hub* per l'area occidentale dell'Emilia Romagna, perché dotati di servizi specialistici e quindi abilitati all'attività di *Hub* tuttora vigente e operativa. Si rispondono a circa 115.000 emergenze l'anno per un bacino complessivo di circa 1.300.000 abitanti. Il senso della rete chirurgica fine a sé stessa è articolata sull'ospedale di alta specialità. Il 47% dei pazienti che accedono nell'azienda ospedaliera che il Dott. Balestrino rappresenta, è over 65: si può quindi parlare di appropriatezza sia di malattie croniche che dei ricoveri.

Domenico Scibetta, Direttore Sanitario ULSS 16 Padova – secondo il Dott. Scibetta l'evoluzione dei modelli sanitari implica che devono evolversi anche i modelli organizzativi con un'attenzione particolare a quella che è l'efficienza delle strutture. Lo studio dei processi e più in particolare di quello che avviene in una sala operatoria e l'avvento delle nuove tecnologie, dimostra come si possa migliorare la produttività dei gruppi operatori incrementandone l'efficienza operativa e i vantaggi riguardanti la sicurezza clinica oltre che i benefici di natura economica. L'ULSS 16 ha adottato nei suoi due ospedali, il Sant'Antonio e l'Immacolata Concezione di Piove di Sacco, il modello *Lean Six Sigma*, mutuato dal sistema industriale. Sono cinque i nuovi principi che accompagnano ogni seduta operatoria: definire, misurare, analizzare, migliorare, controllare che stanno alla base del nuovo modello operatorio. Alla metodologia di analisi e riduzione degli errori peculiari del Six Sigma (fare le cose bene senza errori) si uniscono i punti di forza del *Lean thinking* che si concentra sul "fare le cose giuste", in un'unica e continua metodologia di monitoraggio ed analisi che ha già avuto larga diffusione nel sistema sanitario di Paesi come gli Stati Uniti e la Gran Bretagna. Le esperienze internazionali dimostrano che l'applicazione di questo metodo riduce i margini di errore e abbatte i costi operatori.

Contatti:

Chiara Gallocchio

0112630027 – 3278950395

comunicazione@motoresanita.it